

介護サービス共通健康診断書

(個人情報取扱注意)

ふりがな ①氏名		② 男 女	③明・大・昭	年	月	日
④住所	電話() -					
⑤現在の病名 <small>*介護サービス提供上、重要なものから順に記入して下さい。</small>	1	発症日	年	月	日	<input type="checkbox"/> 安定 <input type="checkbox"/> 不安定
	2	発症日	年	月	日	<input type="checkbox"/> 安定 <input type="checkbox"/> 不安定
	3	発症日	年	月	日	<input type="checkbox"/> 安定 <input type="checkbox"/> 不安定
	4	発症日	年	月	日	<input type="checkbox"/> 安定 <input type="checkbox"/> 不安定
	5	発症日	年	月	日	<input type="checkbox"/> 安定 <input type="checkbox"/> 不安定
⑥主な既往歴						
⑦病状及び経過	<p style="text-align: center;">血圧 / mmHg 脈拍 /分 整・不整</p>					
⑧使用中の薬剤 <small>*用法、用量を記入してください。</small>						
⑨実施中の処置 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <small>*ありの場合は実施中の処理にチェックをして下さい。また指示事項などがあれば記入下さい。</small>	<input type="checkbox"/> 留置カテーテル <input type="checkbox"/> じょくそう処置 <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> 吸引 <input type="checkbox"/> 透析 <input type="checkbox"/> インシュリン注射 <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> その他					
	指示事項:					
⑩認知症 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <small>*ありの場合は当てはまる自立度いずれかにチェックをして下さい。 *問題行動がある場合はその内容を記入して下さい。</small>	認知症老人の日常生活自立度					
	<input type="checkbox"/> I	何らかの認知症を有するが、日常生活は家庭内及び社会的にほぼ自立している				
	<input type="checkbox"/> II	日常生活に支障を来たすような症状・行動や意思疎通の困難さが多少見られても、誰かが注意していれば自立できる				
	<input type="checkbox"/> a	家庭外で上記の状態が見られる				
	<input type="checkbox"/> b	家庭内でも上記の状態が見られる				
	<input type="checkbox"/> III	日常生活に支障を来たすような症状・行動や意思疎通の困難さが見られ、介護を要する				
	<input type="checkbox"/> a	日中を中心として上記の状態が見られる				
	<input type="checkbox"/> b	夜間を中心として上記の状態が見られる				
	<input type="checkbox"/> IV	日常生活に支障を来たすような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁に見られ、介護を要する				
	<input type="checkbox"/> M	著しい精神症状や問題行動あるいは重篤な身体疾患が見られ、専門医療を要する				
問題行動	内容					
<input type="checkbox"/> なし						
<input type="checkbox"/> あり						

